

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA

Por favor escriba a máquina o en letra de molde legible en tinta. Por favor tome en cuenta que si no lleva a cabo esta divulgación, el Buró del Servicio Telefónico de Consejería Médica talvez no podrá investigar o enviar la queja.

Nombre de Paciente: _____ Fecha de nacimiento*: _____

Yo, el abajo firmante, tengo autorización para autorizar y por la presente autorizo

Escriba el nombre del servicio telefónico de consejería médica

Domicilio Ciudad Estado Código Postal

Número Telefónico (incluyendo el área) Número de Registración

Nombre del proveedor médico

Para revelar la información médica del paciente nombrado arriba tocante los servicios telefónicos de consejería medica proveída al paciente al Buró del Servicio Telefónico de Consejería Médica del Departamento de Asuntos del Consumidor (Buró). Yo entiendo que el Buró puede revelar estos records a otra agencia gubernamental.

Información médica obtenida por medio de esta autorización será usada para la investigación hacia, y posible procedimientos legales (administrativos o de otro modo) siguiente, algunas violaciones de leyes y/o reglamentos de California.

Yo entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización.

Esta autorización se expirará três (3) años de la fecha de la firma abajo.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Si un representante legal está autorizando esta divulgación, por favor llene la siguiente información:

Nombre escrito del representante legal

Parentesco al Paciente

*Fecha de nacimiento es necesario para poder establecer positivamente la identidad del demandante.